1564 N.
1890
Lane Medical Library

Ein Fall

von

Zerstörung der Tibiadiaphyse

durch Osteomyelitis

mit secundärer Cancroidwucherung.

Inaugural - Dissertation

zur

Erlangung der Doctorwürde

in der

Medicin, Chirurgie und Geburtshülfe,

welche

nebst beigefügten Thesen

mit Zustimmung der Hohen Medicinischen Facultät

der Königl. Universität Greifswald

am

Montag, den 31. Januar 1898

Mittags 1 Uhr

öffentlich verteidigen wird

W. Schwantes

appr. Arzt

aus Kolmar (Posen).

Opponenten:

Herr Dr. med. Langheld, Cursist.
Herr Dr. med. Mebert.
Herr Drd. med. Rhein.

Greifswald.
Buchdruckerei C. Sell (Hans Adler).
1898.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40154003_0069

Seinen teuren Eltern

in Liebe und Dankbarkeit

gewidmet

vom

Verfasser.

Aus der chirurgischen Abteilung des Krankenhauses Bethanien zu Stettin (Direktor Prof. Dr. Haeckel) wurde dem Pathologischen Institute zu Greifswald Anfang Januar 1898 ein Unterschenkel, welcher einem 38 Jahr alten Manne amputirt worden war, zugeschickt.

Die Anamnese ergab: 38 jähriger Mann, der in seinem 9. Lebensjahre am linken Unterschenkel offenbar an akuter Osteomyelitis erkrankte. Bereits im Jahre 1872 wurde ihm Operation vorgeschlagen, jedoch von seinem Vater abgelehnt. Seitdem hat er sich homöopatisch mit Kügelchen behandeln lassen. Es waren stets secernirende Fisteln vorhanden. Bis vor wenig Wochen ging Patient ohne Stütze herum. Als er dieses nicht mehr konnte, entschloss er sich Anfang dieses Jahres zur Operation.

Vorliegender Fall wurde mir von Herrn Prof. Dr. Grawitz, Direktor des Pathologischen Instituts zu Greifswald, zur Veröffentlichung überwiesen.

Die Untersuchung des Präparats ergiebt folgendes: Es ist der Unterschenkel einer erwachsenen Person nebst Patella und einem Teile des Talus.

Bei der Betrachtung zeigen sich die Gelenkknorpel des Kniegelenkes, sowie die Patella unversehrt. Die äussere Haut des Unterschenkels ist von gelblich weisser Farbe und intact bis auf einen grossen Substanzverlust an der vorderen und Aussenfläche desselben. Die Ränder sind an einzelnen Stellen unterminirt, an anderen wieder flach. Die Länge der Wunde beträgt ungefähr 20 cm, die Breite ist geringer; im ganzen hat sie elliptische Gestalt. Die crista Tibiae ist von der Tuberositas Tibiae abwärts deutlich bis in die Nähe des ulcus zu palpiren; von hier ab findet der palpierende Finger keinen so grossen Widerstand mehr: die scharfe Kante lässt sich etwas in das Gewebe hineindrücken. Von hieraus abwärts bis zum unteren Rande des ulcus ist von der Tibia überhaupt nichts zu fühlen, sie ist von einer ziemlich derben Geschwulstmasse vollständig verdrängt.

Unterhalb des ulcus ist die crista wieder deutlich durchzufühlen.

Die Fibula ist in allen ihren Teilen abzupalpieren.

Was die Geschwürsfläche betrifft, so zeigen sich am oberen und unteren Teil derselben je eine kraterförmige Vertiefung von $2^1/_2$—3 cm Tiefe.

Der Geschwürsgrund hat ein grau-rötliches Aussehen und ist an einzelnen Stellen mit einer gelblichen schmierigen Masse bedeckt.

Auf dem Durchschnitt zeigt die Geschwulstmasse ein glasig opakes, gelblich-weisses Aussehen.

Es wird nun ein Frontalschnitt durch die Tibia in der Weise angelegt, dass die Fibula möglichst überall mitgetroffen wird.

Auf den ersten Blick erkennt man, dass die Diaphyse der Tibia in weitem Umfange zerstört und von der Geschwulst ersetzt ist. Dasselbe ist der Fall mit den ihr hier anliegenden Muskeln. Proximal ist von der Tibia nur ein länglich-viereckiges Stück von ca. 7 cm Breite und 11 cm Länge erhalten, distal ist ein etwa 6 cm langes Stück übrig geblieben.

Die Fibula, welche überall intact ist, ist nicht auffällig verdickt.

Die Geschwulst verbreitet sich, wie man auf dem Durchschnitt an ihrem weisslichen Aussehen

erkennen kann, überall vom Geschwürsgrund ab gerechnet etwa 2—3 cm in die Tiefe.

Die mikroskopische Untersuchung ergiebt, dass es sich um einen Plattenepithelkrebs handelt. Durch Abkratzen gewinnt man aus allen Stellen des Tumors grosse schöne polymorphe Plattenepithelien, an welchen hie und da Verhornungsprocesse erkennbar sind. An einzelnen Stellen bemerkt man Cancroid-perlen.

Epikrise.

Es handelt sich demnach um ein grosses Krebsgeschwür welches in weitem Umfange die Haut des Unterschenkels einnimmt und mehr als die Hälfte des ganzen Gebietes durchsetzt hat, welches eigentlich von der Diaphyse der Tibia eingenommen werden sollte.

Die erste Frage welche zur Beurteilung von grosser Wichtigkeit ist, betrifft die Structur des Tumors, da hieraus der Ausgang desselben bestimmt werden kann, die zweite Frage betrifft die Art und Weise wie das grosse Stück der Tibia zerstört worden ist.

Die Structur der Geschwulst lässt keinen

Zweifel, dass ihr Ausgang in der Haut zu suchen ist. Die einzige Ausgangsstelle, die sonst noch in Betracht kommen könnte, nämlich das Knochenmark der Tibia, ist desshalb ausgeschlossen, weil das Aussehen der myelogenen Knochengeschwülste ein von dem vorliegenden durchaus verschiedenes ist und vor allem, weil es sich dabei nur um Sarkome handeln könnte, während hier ein grosses Krebsgeschwür schon aus dem äusseren Befunde unzweifelhaft festzustellen ist.

Demnach liegen die beiden Möglichkeiten vor, dass durch das Krebsgeschwür der Haut allmählich das Knochengewebe substituirt und schliesslich in grossem Umfange zum Schwunde gebracht ist, oder dass durch die eitrige Osteomyelitis, welche früher bestanden hat, nicht nur das Knochenmark, sondern auch die eigentliche Tela ossea sowie das Periost vollständig zerstört und durch eine nachträgliche Wucherung von Krebsgewebe substituirt worden sei.

Für die letzte Darstellung spricht die Anamnese, aus welcher hervorgeht, dass Jahre lang Fistelgänge bestanden haben, aus welchen nekrotische Knochenteile sich abgestossen haben.

Höchst bemerkenswert ist dabei, dass die Fibula

allein im Stande gewesen ist, bis zur Zeit der Operation hin die Körperlast zu tragen.

In der nun folgenden Zusammstellung von ähnlichen Fällen, sind nur diejenigen angeführt, welche zu einer mehr oder minder grossen Affection der Knochen des Unterschenkels geführt haben.

Fall 1. (Volkmann Tab. 1,9).

Halle, Klinik 1883. 45 Jahre alter Mann. Seit der Jugend Narben auf Nekrosenfisteln der Tibia. Tibia usurirt. Amputatio femoris. Nach 1 Monat Recidive. Tod bald darauf. Todesursache unbekannt.

Fall 2. (Volkmann Tab. 1,12).

Halle, Klinik 1887. 59 jährige Frau. Seit langen Jahren ulcus cruris. Seit einiger Zeit' auf der Narbe Geschwulstwucherung. Grosses Blumenkohlgewächs. Tibia ergriffen. Amputatio femoris; Ausgang unbekannt.

Fall 3. (Volkmann Tab. 1,13).

Halle, Klinik 1887. 51 jähriger Mann. Beiderseits ein grosses ulcus cruris; rechtes fast circulär, links kleiner. Seit $^1/_2$ Jahr auf beiden knollige, weiche, blutende Gewächse. Tibia links angefressen, Amputation verweigert, daher Extirpation. Nach

einigen Monaten rechts grosses Recidiv, links dagegen nicht. Weitere Behandlung verweigert.

Fall 4 (Volkmann Tab. 1,15).

Halle, Klinik 1887. 52jähriger Mann. Vor 35 Jahren Beilwunde am Unterschenkel. Oft verheilte und wieder aufgebrochene Narbe. Vor 2 Jahren nach Trauma neue Ulceration, seit $^3/_4$ Jahren Krebsgeschwür mit wallartigen Rändern. Der angefressene Knochen liegt im Geschwür zu Tage. Amputatio cruris. Nach $1^1/_2$ Jahr recidivfrei.

Fall 5 (Volkmann 1,17).

v. Winiwarter; Beitrag zur Statistik der Krebse. 41 jähriger Mann. Vor 18 Jahren Quetschwunde am Unterschenkel mit Hautgangrän, nie ganz verheilt. Jetzt 6 cm grosses, breit aufsitzendes Carcinom. Tibia usuriert. Extirpation mit Abmeisselung der erkrankten Teile der Tibia; Chlorzinkätzung. Nach 4 Jahren recidivfrei.

Fall 6 (Volkmann 1,19).

V. Winiwarter; Beitrag zur Statistik der Krebse. 48 jähriger Mann. Seit dem 14. Lebensjahre Knocheneiterung der Tibia. Seit $2^1/_2$ Jahren aus einem noch offenen Fistelgang apfelgrosses Carcinom

aus einem noch offenen Fistelgang herausgewuchert. Faustgrosse Leistendrüsen. Inoperabel.

Fall 7 (Volkmann 1,20).

46jähriger Mann. Vor Jahren ausgedehnte Verbrennung des Unterschenkels; auf der noch ulcerirten Narbe seit 2 Jahren Wucherung. Tibia usuriert. Ätzung und Exstirpation erfolglos. Amputatio cruris. Nach $5^1/_2$ Monaten recidivfrei.

Fall 8 (Volkmann 1,21)

Greifswalder Klinik. Bericht von Schüller. Deutsche Zeitschrift für Chirurgie 1876. Älterer Mann. Seit langen Jahren ulcus cruris. Seit kurzem grosser Tumor. Tibia angefressen. Amputatio femoris. Mehrere Jahre recidivfrei.

Fall 9 (Volkmann 1,22)

Greifswalder Klinik. Bericht von Schüller. Deutsche Zeitschrift für Chirurgie 1876. 44jähriger Mann. Seit 28 Jahren ulcus cruris. Seit 1 Jahr Geschwulstwucherung darauf. 11 cm langes 3 cm breites Carcinom im ulcus. Tibia angefressen. Amputatio femoris. Keine weitere Beobachtung.

Fall 10 (Volkmann 1,36).

Küster, Langenbecks Archiv XII. 42jähriger Mann. Seit der Jugend ulcus cruris. Seit einiger

Zeit Geschwulstwucherungen; Spontanfractur der Tibia. Sie ist fast vollständig ersetzt durch eine derbe weissliche Geschwulstmasse, welche continuirlich in den Geschwürsgrund übergeht. In der oberen Hälfte des Unterschenkels waren die ehemaligen Grenzen beider Unterschenkel nirgends mehr erkennbar. Die Geschwulst geht ohne scharfe Grenze in die Wadenmuskulatur über. Unten war die Form der Tibia annähernd erhalten; sie war stark verdickt. Fibula an der Innenseite usurirt. Imputatio femoris. Metastasen in den Inguinallymphdrüsen. Floride Phthise. Weiterer Ausgang unbekannt.

Fall 11 (Volkmann 1,38).

Küster, Chirurgisches Triennium. 63jähriger Mann. In der Jugend Knochenleiden. Im 55. Jahr nach Trauma Ulceration des Unterschenkels; seit einem Jahre Wucherung der Narben. Handtellergrosses Carcinom. Tibia ergriffen. Amputatio femoris. Nach 11 Jahren kein Recidiv.

Fall 12 (Volkmann 1,47).

Göttinger Klinik; Mittheilungen von Fischer 1861. 43jährige Frau. Ätiologie nicht klar. Seit 4 Jahren Ulcerationen am Unterschenkel, jetzt 13 cm

langer, 11 cm breiter Epithelialkrebs. Spontanfractur der Tibia. Amputatio cruris. Bleibt längere Zeit gesund.

Fall 13 (Volkmann 1,49).

Fischer, deutsche Zeitschrift für Chirurgie XIV. 58jähriger Mann. Ulceration am Unterschenkel nach Eczem. Kleines Carcinom. Excision, Pneumonie, Erysipel, Exitus.

Fall 14 (Volkmann 1,50).

Fischer, d. Z. f. Chir. 54jähriger Mann. Seit dem 10. Jahre Knocheneiterung der Tibia. Fisteln waren nie zugeheilt. Seit kurzem aus ihnen Carcinom-Wucherung. Amputatio femoris. Nach 4 Jahren recidivfrei.

Fall 15. (Volkmann 1,54).

Thiersch, Epithelialkrebs. 41jähriger Mann. Vom 4. bis 38. Lebensjahr Knocheneiterung der Tibia mit Sequesterabstossung. Seit 4 Jahren grosses Geschwür. Carcinom. Tibia biegsam und brüchig. Amputatio cruris. Tod durch Pyaemie.

Fall 16 (Volkmann 1,55).

Rupprecht, Bericht über das Dresdener Diakonissenhaus. 63jähriger Mann. Vor 30 Jahren Rheumatismus. Nach 5 Jahren Aufbruch des

Unterschenkels. Dauernde Fisteln. Seit 4 Monaten Carcinom. Tibia angefressen. Amputatio femoris. Extirpation der angeschwollenen Inguinallymphdrüsen. Nach 2 Jahren recidivfrei.

Fall 17 (Volkmann 1,57).

Rupprecht. Ebendaselbst. 45jähriger Mann. Seit 32 Jahren Knocheneiterung der Tibia, stets Fisteln. Wucherung um die Fisteln. Spontan Fractur der Tibia. Amputatio femoris. Tod durch Asphyxie nach der Operation.

Fall 18 (Volkmann 1,60).

v. Bergmann, Dorpater Medicinische Wochenschrift. 62jährige Frau. Seit langen Jahren ulcus cruris am Unterschenkel. Carcinom. Spontanfractur der Tibia. Amputatio femoris. Nach $2^1/_2$ Jahren recidivfrei.

Fall 19 (Volkmann 1,61).

v. Bergmann, ebendaselbst. 48jähriger Mann. Seit 18 Jahren ulcus cruris. Seit längerer Zeit Wucherung und tiefe Knochenulceration. Inguinaldrüsen geschwollen. Tibia tief usurirt. Amputatio cruris. Ulceration der Lymphdrüsen. Arrossion der A. femoralis. Gangrän des Beins. Tod.

Fall 20 (Volkmann 1,74).

Riedinger, Privatklinik. 36 jährige Frau. Seit langen Jahren ulcus cruris, oft aufgebrochen und vernarbt. Jetzt grosses Caricinom mit Knoten auf dem ulcus.

Knochen arrodirt. Amputatio cruris. Nach 1 Jahre inoperabeles Recidiv der Inguinaldrüsen, der Genitalien und des kleinen Beckens.

Fall 21 (Volkmann 1,77).

Dittrich, Prager Vierteljahrsschrift 1847. 38 jähriger Mann. Seit 20 Jahren Knocheneiterung der Tibia mit noch bestehenden Fisteln, aus denen ein Carcinom hervorgewuchert ist. Spontanfractur der Tibia. Amputatio femoris. Tod an Pyaemie.

Fall 22 (Volkmann 1,78).

Dittrich, ebendaselbst. 48jähriger Mann. Necrose der Tibia, dauernde Fisteln. Carcinombildung in den Fisteln. Spontanfractur der Tibia. Amputatio cruris. Heilung.

Fall 22 u. 23 (Volkmann 1,80, 81).

Dittrich, Langenbecks Archiv XXVI. 38 resp. 48jährige Männer. Alte Osteomyelitis mit Fisteln. Carcinom. Spontanfractur der Tibia. Heilung in beiden Fällen durch Amputatio femoris.

Fall 24 (Volkmann 1,79).

Dittrich, ebendaselbst. 40 jähriger Mann. Seit dem 24. Jahre ulcus cruris; darauf Carcinom. Tibia usurirt. Amputatio femoris. Heilung.

Fall 25 (Volkmann 1,82).

Dittrich, ebendaselbst. 40 jähriger Mann. Seit dem 24. Jahre ulcus cruris. Zuletzt grosses Cancroid. Tibia halb durchgefressen. Amputatio cruris. Tod an Pyaemie.

Fall 26 (Volkmann 1,83).

v. Bruns, Handbuch der praktischen Chirurgie 1859. 40 jähriger Mann. Im 13. Lebensjahre Phlegmone des Unterschenkels, davon Narben. Mitte der dreissiger Jahre Lippencarcinom, nach zweijährigem Bestehen excidirt. Seit einiger Zeit Ulcerationen der Narben am Unterschenkel: Epithelialkrebs. Tibia angefressen. Amputatio cruris. Inoperabele Metastasen. Tod an Marasmus.

Fall 27 (Volkmann 1,84).

Bartens, das Epitheliom am Unterschenkel. Dissertation Göttingen 1870. 39 jähriger Mann. Im 16. Lebensjahre Knocheneiterung der Tibia. Dauernde Fistel. Im 40. Jahre wuchs die Ulceration und wucherte. Der Knochen liegt weit blos und

ist bis in Höhle ausgefressen. Spontanfractur. Amputatio cruris. Nach $^1/_2$ Jahr kein Recidiv.

Fall 28 (Volkmann 1,86).

Bartens, ebendaselbst. 34jähriger Mann. Caries der Tibia im ersten Lebensjahre, die bis zum 31. Jahre nicht verheilte. Nach zweijähriger Vernarbung wieder Aufbruch und Wucherung. Nach $^1/_2$ Jahr faustgrosser Tumor. Amputatio femoris. Nach 1 Jahr Tod an Marasmus.

Fall 29 (Volkmann 1,87).

Bartens, ebendaselbst. 40jähriger Mann. Im 10. Lebensjahre Knochenerkrankung der Tibia mit Eiterung. Narben öfters aufgebrochen. Nach 24 Jahren Ulceration, seit 1 Jahr Wucherung. Spontanfractur der Tibia. Sehr grosses Carcinom.

Fall 30 (Volkmann 1,102).

Bartens, ebendaselbst. 53jähriger Mann, Fractur der Tibia mit Splitterabstossung. 15 Jahr lang verheilt; dann Ausstossung eines neuen Sequesters und Fistelbildung. Zweite Fractur an derselben Stelle. Von da ab Wucherung. Sehr grosses Blumenkohlgewächs. Knochen arrodirt. Amputatio cruris. Tod an Sepsis.

Fall 31 (Volkmann 1,103).

Nithak, Narbencarcinom, Dissertation, Marburg 1887. 37jähriger Mann. Vor 18 Jahren Verbrennung des Unterschenkels. Die Narbe brach oft auf. Seit $^1/_2$ Jahr Wucherung. Spontanfractur. Carcinom und Sarcom. Amputatio cruris. Ausgang unbekannt.

Fall 32—37 (Volkmann 1,106—110).

Hannover, das Epitholioma. 35 bis 54jährige Leute. Alle Cancroide aus alten Narben entstanden, von denen 2 von Schussverletzung, 2 von alten Knocheneiterungen und eine von unbekannter Verletzung herrührten. In allen Fällen Tibia angefressen. 4 Mal Amputatio crucis, einmal Extirpation. Bei letzterem wurde wegen 4maliger Recidive schliesslich auch Amputatio cruris gemacht. 2 Todesfälle an Pyaemie; über die anderen nichts bekannt.

Fall 38 (Volkmann 1,120).

Müller, ref. Virchow-Hirsch 1869. Alte Verbrennungsnarbe am Unterschenkel bei 50jährigem Mann. Carcinomatöse Entartung. Tibia tief usurirt.

Fall 39 (Volkmann 1,128).

Socin, Bericht 1887. Seit dem 10. Lebensjahre Knochenfistel der Tibia bei einem 76jährigen Mann,

seit 2 Jahren Geschwür, welches seit 4 Monaten wächst. Grosses Carcinom. Exarticulatio genn. Weiteres nicht bekannt.

Fall 40.

Dr. Wahrendorf. Inaug.-Diss., Greifswald 1893.

Es handelt sich hier um einen 48 Jahr alten Arbeiter. Vor einem Jahre Schmerzen im linken Unterschenkel, Rötung der Haut an der Innenseite: Entstehung eines Geschwürs ohne nachweisbare Ursache. Es heilte nach einigen Monaten ebenso wie ein später entstandenes zweites Geschwür. Ein drittes nahm dagegen nicht diesen günstigen Verlauf, sondern wurde immer grösser und griff schliesslich auf Periost und Tibia über.

Patient hat das kranke Bein fast stets benutzt und zwar Anfangs ohne grosse Beschwerden. Amputatio femoris nach Gritti. Die Knochen des macerirten Präparates haben folgendes Aussehen: Tibia im Verhältniss zur Fibula verkürzt und in ihrer ganzen unteren Hälfte gleichmässig verdickt. In ihren oberen Partien ist vorn, hinten und aussen nur noch eine dünne schmale Knochenpartie zurückgeblieben. Vorn und innen zeigt sich eine Öffnung von 13 cm Länge und 4 cm Breite mit zackig

ausgebuchteten Rändern. Die durch die dünnen Knochenpartien umgebene Knochenhöhle, welche direkt bis zu den Gelenkflächen der Tibia sich erstreckt, zeigt zahlreiche Zacken und Ausbuchtungen. Die Gelenkflächen zeigen Degenerationsprocesse und sind an ihren Rändern wallartig von neugebildeter Knochensubstanz umgeben.

Fall 42.

Centralblatt für Chirurgie 1892. 40 Jahr alte Frau. Seit 25 Jahren besteht Osteomyelitis. An der Hinterseite des Unterschenkels unterhalb der Epiphyse 2 cm langes und 0,5 cm breites kraterförmiges Geschwür, jauchigen Eiter absondernd. Der Knochen ist an dieser Stelle in einer Ausdehnung von 12 cm stark verdickt, an eine Spina ventosa erinnernd. (21 cm Umfang). Der Verdickung entsprechend im Knochen eine 9 cm hohe, 4,5 cm breite und 5,5 cm tiefe Höhle, mit dem Hautgeschwür communicirend. Die Wandungen sind stark verdünnt und mit fistulösen Öffnungen durchsetzt. Der Inhalt der Höhle war graurote Granulationsmasse. Unterhalb der Höhle sclerosirter Knochen, erst unterhalb der unteren Epiphyse normales Knochengewebe. Microscopische Untersuchung: Cancroid.

Fall 43.

Dr. Braun, Bericht der medizinischen Gesellschaft Leipzig, Schmidt's Jahrbücher 1897.

Macerierter Unterschenkel und Fuss eines 59 Jahr alten Mannes. Alte Osteomyelitis. Trotz mehrfacher Operationen immer Fisteln, aus denen sich ein grosses Unterschenkelgeschwür entwickelte. Auf der Basis dieses Geschwürs war Carcinom entstanden, welches schliesslich den Knochen der Tibia so weit zerstört hatte, dass im November 1896 Spontanfractur eintrat, während der Mann ruhig auf der Strasse ging. Das Präparat zeigt sehr schön die Knochenneubildung von Seite der Osteomyelitis, die Zerstörung seitens des Carcinoms und die nicht ganz vollständige Spontanfractur der Tibia.

Es ist also der Fall insofern schon bemerkenswert, als er einen neuen Beweis für die Entstehung von Carcinomen auf der Basis chronischer Hautentzündungen liefert. Ausserdem bietet er ein ganz besonders Interesse dadurch, dass sich unter der grossen Zahl der aufgeführten Fälle nur ein einziger befindet, bei dem wie hier die Tibia voll-

kommen zerstört ist. Auch bei dem Falle 43 ist es nicht das Carcinom gewesen, welches den Knochen zum Schwunde gebracht hat, sondern wie in dem von mir mitgeteilten Falle eine Osteomyelitis. Darin steht der hier mitgeteilte Fall einzig da, dass nach vollständigem ausgedehntem Schwunde der Tibiadiaphyse der Kranke bis zuletzt hin unter alleiniger Benutzung der Fibula im Stande gewesen ist zu gehen.

Zum Schlusse meiner Arbeit erlaube ich mir Herrn Professor Dr. Grawitz für die gütige Überweisung des Falles und die freundliche Unterstützung meinen ergebensten Dank auszusprechen.

Litteratur.

Langenbeck, Archiv für klinische Chirurgie.
Schmidt, Jahrbücher.
Volkmann, Sammlung klinischer Vorträge 334/35.
Wahrendorf, Inaug.-Diss. Greifswald 1893.

Lebenslauf.

Karl Wilhelm Schwantes, evangelischer Confession, wurde am 1. Juli 1868 als Sohn des Kaufmanns Th. Schwantes und seiner Ehefrau, Hanna, geb Guse, in Kolmar in Posen geboren. Er besuchte die Gymnasien zu Schrimm und Schneidemühl, welches er Ostern 1888 mit dem Zeugnis der Reife verliess. Bis Sommer 1892 studierte er die Rechte, um sich dann in Berlin und Greifswald dem Studium der Medizin zuzuwenden. Im Sommer 1894 bestand er das tentamen physicum, im Januar 1898 das Staatsexamen.

Während seiner Studienzeit besuchte er die Vorlesungen, Kliniken und Kurse folgender Herren Professoren und Dozenten:

In Berlin:

Du Bois-Reymond †, Hertwig, Kundt †, Sell †, Waldeyer.

In Greifswald:

Ballowitz, Busse, Grawitz, Heidenhain, Helferich, Krabler, Löffler, Mosler, Peiper, v. Preuschen, Pernice, Schirmer, Schulz, Strübing.

Allen diesen seinen hochverehrten Lehrern spricht Verfasser an dieser Stelle seinen herzlichsten Dank aus.

Thesen.

I.

Die primären Extremitätenkrebse haben eine bessere Prognose als die von anderen Körperteilen ausgehenden.

II.

Bei der Lösung der Placenta ist das Crédésche Verfahren dem expectativen vorzuziehen

III.

Nächst dem Reiten ist vernünftiger Gebrauch des Radfahrens zur Kräftigung der Gesundheit zu empfehlen.